



LUZ GONZÁLEZ
PROTESISTA
DENTAL
M.N. 4746



011 51969367



011 60200240



lglabdental@gmail.com



lglabdental



Adolfo P. Carranza 2933
dto 4 (C.A.B.A.)

Entregar en: _____

Dr.: _____

Facturar a: _____

Paciente: _____

TRABAJOS A REALIZAR

Superior derecho:

18 · 17 · 16 · 15 · 14 · 13 · 12 · 11

Superior izquierdo:

21 · 22 · 23 · 24 · 25 · 26 · 27 · 28

Inferior derecho:

48 · 47 · 46 · 45 · 44 · 43 · 42 · 41

Inferior izquierdo:

31 · 32 · 33 · 34 · 35 · 36 · 37 · 38

ENVIADO



SOLICITADO
(SIN HORARIO)



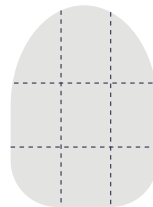
INDICACIONES

¿Envío foto?: SI ☐ NO ☐

¿Urgente?: SI ☐ NO ☐

Sexo: F ☐ M ☐

Edad: _____ Color: _____



INDICACIONES



LUZ GONZÁLEZ

PROTESISTA
DENTAL

M.N. 4746



011 51969367



011 60200240



lglabdental@gmail.com



lglabdental



Adolfo P. Carranza 2933
dto 4 (C.A.B.A.)

INDICACIONES DE LA CLÍNICA

FACTURACIÓN: USO INTERNO
